

PRÉVENIR LES MALADIES ET PROMOUVOIR LA SANTÉ DES PERSONNES ÂGÉES

Bernard Cassou

Fond. Nationale de Gérontologie | *Gérontologie et société*

2008/2 - n° 125
pages 11 à 22

ISSN 0151-0193

Article disponible en ligne à l'adresse:

<http://www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe-2008-2-page-11.htm>

Pour citer cet article :

Cassou Bernard, « Prévenir les maladies et promouvoir la santé des personnes âgées »,
Gérontologie et société, 2008/2 n° 125, p. 11-22. DOI : 10.3917/g.s.125.0011

Distribution électronique Cairn.info pour Fond. Nationale de Gérontologie.

© Fond. Nationale de Gérontologie. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.



PRÉVENIR LES MALADIES ET PROMOUVOIR LA SANTÉ DES PERSONNES ÂGÉES

BERNARD CASSOU

PROFESSEUR SANTÉ PUBLIQUE. CENTRE DE GÉRONTOLOGIE, SAINTE-PERINE, AP-HP, 75016, PARIS
LABORATOIRE UNIVERSITAIRE SANTÉ-VIEILLISSEMENT EA 25-06 UVSQ

Les actions de prévention destinées à assurer un bien-être physique et psychique à un âge avancé se multiplient dans la population des personnes âgées. La plupart des mesures focalise l'attention sur les déclin et pertes fonctionnelles qui peuvent accompagner la sénescence et qu'il faut prévenir. L'article s'interroge sur les avantages et les limites voire les inconvénients de ces mesures préventives. Il met l'accent sur l'intérêt de développer les ressources et les capacités de changement des personnes âgées dans une approche de promotion de la santé.

PREVENTING DISEASE AND PROMOTING THE HEALTH OF OLDER PEOPLE

Preventive action to ensure physical and psychic wellbeing is increasing amongst the ageing population. Most measures are focused on functional decline and loss which come with old age and which must be prevented.

The article discusses the advantages and the limits, even the inconveniences of such preventive measures.

It underlines the importance of developing older people's inner resources and their capacity for change in order to improve their health.

Prévenir dans le domaine de la santé, c'est agir afin de diminuer la probabilité de survenue d'un risque: accident, déficience, maladie, incapacité. Trois niveaux de prévention sont habituellement distingués: primaire (éviter l'apparition d'une maladie), secondaire (diagnostiquer et traiter précocement une déficience ou une maladie) et tertiaire (limiter les conséquences des incapacités dans le domaine social et psychoaffectif). Ainsi, il est habituel de souligner que des actions de prévention conduites chez des adultes jeunes peuvent réduire les menaces que font peser sur leur santé des facteurs professionnels, sociaux, environnementaux ou liés au mode de vie. De plus, dans ce groupe d'âge, certaines maladies ont une phase asymptomatique qui justifie un dépistage permettant un diagnostic précoce. De nos jours, il est question de faire bénéficier de façon plus organisée la population des personnes âgées des mesures préventives destinées aux adultes jeunes. Mais la prévention a-t-elle autant d'intérêt dans ce groupe de population que dans celui des adultes jeunes? Quelle peut être la nature des actions préventives pour ce groupe d'âge? Quels objectifs de santé peut-on poursuivre? Quels sont les avantages et les limites voire les inconvénients de ces mesures pour ce groupe d'âge? Telles sont les questions abordées dans ce numéro de *Gérontologie et société*.

LA PRÉVENTION SANITAIRE : UNE ACTIVITÉ EN PLEINE RÉORGANISATION

En 1990, dans un article paru dans un numéro spécial de la revue *Gérontologie et société* et intitulé «La prévention a-t-elle un avenir?», le professeur Bernard Forette pointait le fossé existant, à l'époque, entre les discours préconisant des mesures préventives et les actes concrets (Forette, 1990). Soulignant les résistances individuelles et collectives au développement de ces mesures, Bernard Forette en appelait à un changement des mentalités en faveur de la prévention. C'est à ce prix, écrivait-il, que «*nous pourrions non seulement espérer «rester ce que nous sommes» le plus longtemps possible, mais probablement nous améliorer*». Où en sommes-nous, en France, vingt ans après?

Les discours et les rapports tiennent toujours l'avant-scène (Inspection générale des affaires sociales –IGAS–, 2003; Robert, 2003; Toussaint, 2006). Le rapport Attali, dernier en date, aborde

la santé comme une «*chance pour la croissance. La santé de la population, l'allongement de l'espérance de vie, la réduction de la douleur, sont des progrès en soi*» (Attali, 2008). Le rapport propose le développement d'une «*politique sanitaire durable*» dont les piliers seraient la prévention et la responsabilisation. Parallèlement à ce changement culturel, les pouvoirs publics ont défini un cadre législatif (loi de santé publique 2004-806) et des objectifs spécifiques notamment pour le groupe des personnes âgées dans le cadre du plan national «*bien vieillir*». Par ailleurs, depuis plusieurs années, le dispositif institutionnel de prévention est en cours de réorganisation. Des lieux de rencontre ont été créés pour favoriser la concertation et le débat sur les questions de santé publique (conférence nationale et conférences régionales de santé, états généraux). La prévention médicale du vieillissement pathologique ou de la dépendance fait, en règle, partie des objectifs retenus par les conférences. Enfin, pour rendre cohérentes les actions préventives conduites par de multiples acteurs dans les régions, des groupements régionaux de santé publique (GRSP) ont vu le jour. Pour couronner cette réorganisation du dispositif préventif, les pouvoirs publics annoncent la création d'une institution unique pour conduire les stratégies sanitaires curatives, préventives et médico-sociales : les agences régionales de santé. Les moyens d'une politique de santé publique dans sa dimension préventive se mettent progressivement en place.

Cela est d'autant plus important qu'un vieillissement en bonne santé jusqu'à un âge avancé est un objectif atteignable par un grand nombre de personnes (Barondess, 2008). Ainsi, l'accroissement de l'espérance de vie au cours de la décennie des années 1980 s'est accompagné d'une augmentation du temps vécu sans incapacité pour les hommes comme pour les femmes. Cette compression de la période de vie vécue en incapacité s'est poursuivie dans les années 1990 mais avec une moindre ampleur (Cambois *et al.*, 2006). Parmi les déterminants de ces progrès, les améliorations de l'hygiène de vie, des conditions de travail, de l'habitat, de l'environnement physique en général et de l'accès à des soins efficaces ont eu un rôle important. Il s'agit de mesures collectives en faveur de la santé de la population dans son ensemble. Des mesures individuelles de prévention des maladies et de promotion de la santé ont également leur place. Permettre à la majorité d'entre nous de vivre longtemps et en bonne santé est donc devenu un objectif majeur de santé publique dans notre pays.

LA PRÉVENTION SANITAIRE : UNE PRATIQUE SOCIALE COMPLEXE

Ces progrès dans la durée et la qualité de la vie mesurés au niveau macrosocial ne doivent pas cacher pour autant que, pour un nombre relativement important de personnes arrivant à l'âge de la retraite, leur état de santé est déjà altéré avant même la prise de la retraite ou dès les premières années. Nous avons montré que dans une cohorte de 627 retraités, tirés au sort en moyenne six ans après le début de la retraite, dans les fichiers d'une caisse de retraite complémentaire, plus d'un tiers des retraités se plaignait d'affections cardio-vasculaires, locomotrices ou sensorielles (Cassou *et al.*, 1992). Par ailleurs, il a été constaté que les ouvriers vivaient en moyenne moins longtemps que les cadres et passaient plus de temps qu'eux avec des incapacités. Ainsi, à 35 ans, les hommes cadres supérieurs ont une espérance de vie de 47 ans, soit 6 années de plus que les ouvriers. Ces cadres vivront 10 années de plus indemnes d'incapacités que les ouvriers (Cambois *et al.*, 2008). Ces inégalités sont retrouvées partout où on les recherche : entre les différents groupes socio-économiques, entre les deux sexes ou entre les diverses zones géographiques. Elles persistent malgré la multiplication des mesures préventives. Elles ont, d'une façon générale, tendance à s'accroître (Chauvin & Lebas, 2007). Des comportements de prévention différents selon les groupes populationnels et les générations, un accès aux dispositifs de prévention plus ou moins aisé selon son statut social, mais aussi des différences dans la façon de hiérarchiser les priorités de vie expliquent probablement les résultats paradoxaux de la prévention. M Marmot, épidémiologiste anglais, a mis en évidence dans ses études « Whitehall » qui concernent des fonctionnaires londoniens l'effet du gradient social sur la santé et la longévité. Mais plutôt que sur les revenus ou le mode de vie, ce chercheur insiste sur l'expérience psychologique de l'inégalité, le fait que l'on puisse plus ou moins contrôler sa propre vie (Marmot, 2004). Combattre les inégalités de santé ne devrait-il pas être un choix politique et un enjeu de santé publique, en particulier au cours de la vieillesse ? Mais, quel rôle joue la prévention dans ces disparités, ne participe-t-elle pas au maintien voire à l'accroissement des inégalités sociales de santé ?

Comme toute pratique sociale, la prévention soulève de multiples questions concernant, entre autres, la finalité des actions,

leur nature, le montage financier et la dépendance à des intérêts corporatistes et industriels, la place faite aux personnes âgées et à leurs représentants dans le choix des actions à conduire, l'évaluation de l'impact des actions. Pour les aider à définir les objectifs, les pouvoirs publics font appel en règle à des experts du domaine du vieillissement et principalement aux gériatres. Rien d'étonnant à ce que la prévention soit principalement conçue dans sa dimension médicale et individuelle, comme un moyen d'éviter des maladies. Reprenant les conseils prodigués aux adultes jeunes, les experts multiplient les injonctions : bougez-vous, mangez au moins cinq fruits et légumes, vaccinez-vous contre la grippe et n'oubliez pas de vous faire examiner périodiquement pour dépister les ennuis de santé qui sommeillent en vous ! En un mot, vous êtes responsable de votre santé et de votre vieillissement. Par contre, les recommandations faites aux adultes jeunes concernant leurs comportements sexuels ne sont pas reprises pour la population dite âgée (sexuellement ?) par les experts et les gériatres qui conseillent les pouvoirs publics. Le plan « Bien vieillir » ne propose aucune recommandation concernant la sexualité. Il est vrai que les enquêtes sur le comportement sexuel des Français concernent uniquement des personnes de 18 à 69 ans (Bajos & Bozon, 2008). A 70 ans et au-delà, c'est une « *terra incognita* » ! Les préjugés et les tabous sur la sexualité des personnes âgées ont la vie dure. Cette occultation nous interroge sur la dimension morale des nombreuses mesures préventives prescrites. En intitulant leur plan « bien » vieillir, les pouvoirs publics ont fait le choix de l'inscrire dans le champ de la morale. En cherchant à encadrer les comportements individuels et à imposer certaines valeurs, la prévention n'est-elle pas porteuse de risques du point de vue éthique ? Les mesures préventives proposent de rester en bonne santé en vivant de façon raisonnable et en jouissant des plaisirs de la vie (pas tous) avec modération. De quelle représentation de la vie et du rapport aux autres sont-elles le vecteur ? Ne s'inscrivent-elles pas dans un processus de normalisation des corps au service de l'équilibre actuel de la société ?

LES LIMITES DE LA PRÉVENTION APRÈS 60 ANS

Les stratégies préventives lorsqu'on les applique aux groupes des personnes âgées ne sont pas sans soulever aussi des interrogations d'ordre scientifique. Cinq stratégies sont habituellement envisa-

gées pour « bien vieillir ». Elles sont présentées et discutées dans les différents articles de ce numéro.

La première consiste à tenter de ralentir le ou les processus de vieillissement biologique, appelé souvent vieillissement intrinsèque. De la fontaine de jouvence à la crème « anti-âge » agir sur ce processus est un vieux rêve de l'humanité. Transfusions de sang d'agneau au XVII^e siècle avec les conséquences que l'on imagine, injections d'extraits testiculaires, de cellules embryonnaires, de procaine ou bien absorption en grande quantité de yaourt bulgare, de gelée royale d'abeille, de bave de crapaud ou de substances végétales comme le ginseng, l'imagination est sans limite (Frexinos, 2007). Aucun des traitements qui prétend freiner le processus de vieillissement ne repose sur des données scientifiques validées. Actuellement, les traitements anti-âge en rapport avec les progrès des connaissances en biologie et notamment en hormonologie ont la côte. Il suffit que des chercheurs s'aperçoivent que l'avance en âge s'accompagne d'une baisse de concentration sanguine de certaines hormones (DHEA, stéroïdes sexuels) pour que des traitements substitutifs soient proposés sans étude rigoureuse montrant des effets cliniques significatifs positifs. Mais la prévention n'est-elle pas un moyen pour faire rêver la population à des lendemains sans malheur ou moins risqués ?

La deuxième vise à modifier les modes de vie. Deux mesures sont régulièrement mises en avant : la pratique régulière d'une activité physique à caractère sportif et le respect d'une alimentation variée et équilibrée. On extrapole les recommandations d'éducation pour la santé élaborées pour les adultes jeunes aux personnes âgées. Mais comment prescrire la modification du mode de vie chez des sujets âgés de plus de 60 ans ? Il ne suffit pas de savoir que l'activité physique est bonne pour la santé pour se mettre à courir autour de son bloc de maisons. Le mode de vie se structure progressivement tout au long de la vie et celui de la première moitié de l'existence conditionne en grande partie celui de la deuxième partie. Les relations entre l'alimentation et le vieillissement sont aussi une combinaison complexe de facteurs physiques, psychiques et sociaux. L'implication croissante de l'industrie agro-alimentaire dans la production de messages préventifs avec l'aide de leader médicaux et chercheurs scientifiques soulève la question des conflits d'intérêt dans la prévention.

...

...

Le diagnostic et le traitement des facteurs de risque, troisième stratégie, a toujours sa place chez les jeunes-vieux d'autant que l'espérance de vie à cet âge est de 21,8 ans pour les hommes et 26,7 pour les femmes (données INSEE 2006). Le traitement d'une hypertension artérielle, d'un trouble lipidique majeur, l'équilibre d'un diabète, l'arrêt du tabagisme, la modération, voire l'arrêt, de consommations alcoolisées peuvent avoir des conséquences bénéfiques sur l'état de santé, en particulier si la personne présente plusieurs facteurs de risque : diminution de l'incidence des maladies cardio-vasculaires, cérébro-vasculaires et cancéreuses au grand âge. La difficulté est de hiérarchiser les risques et de maintenir le contrôle de ces facteurs sur le long terme sans entraîner d'effets sanitaires secondaires défavorables. Mais le contrôle de ces facteurs ne repose pas uniquement sur la prescription de traitements médicamenteux. Dans le cadre d'une méta-analyse, Wald et Law (Wald & Law, 2003) ont proposé la stratégie dite « polypill » consistant à prescrire un anticholestérolémiant, un antihypertenseur, de l'acide folique et de l'aspirine ce qui pourrait réduire, d'après eux, l'incidence des maladies cardio-vasculaires de près de 80%. Cela reviendrait à donner à plus d'un tiers des personnes âgées de plus de 55 ans, environ 11 ans de vie en plus sans maladie ischémique cardiaque. L'année suivante, dans la même revue, Franco et collaborateurs (Franco *et al.*, 2004) répliquaient que l'on pouvait espérer atteindre le même résultat par la stratégie dite « poly-meal » non-pharmacologique associant : une alimentation riche en poissons, chocolat noir, fruits et légumes, vins, ail et amandes ! Les personnes âgées devraient pouvoir choisir les mesures préventives en toute clarté. Malheureusement, l'information et l'éducation pour la santé sont en grande partie sous la mainmise du lobby de l'industrie pharmaceutique et de la profession médicale.

Faut-il par contre poursuivre la recherche des facteurs de risque après 80 ans. La réponse à cette question est discutée dans la communauté scientifique. La balance entre les bénéfices de la recherche des facteurs de risque et les dangers possibles occasionnés par les mesures entreprises pencherait plutôt, actuellement, du côté des dangers si on examine cette balance au niveau populationnel (Manginer *al.*, 2007).

La prévention secondaire, quatrième stratégie, a également sa place dans les mesures visant à favoriser le maintien d'un bon état de santé. En effet, plusieurs études ont montré que certai-

nes déficiences et affections étaient diagnostiquées avec retard chez les personnes âgées. La réalisation d'un bilan de santé dans une perspective globale et non uniquement gériatrique peut identifier, chez des personnes de plus de 60 ans, des situations médico-psycho-sociales risquant de conduire à des incapacités et/ou des désavantages sociaux au grand âge. Mais, au fur et à mesure de l'avance en âge, les frontières entre vieillissement et maladie, entre vieillissement physiologique et vieillissement pathologique sont difficiles à distinguer. Le risque est de mal interpréter des manifestations physiologiques en rapport avec les processus du vieillissement. On conçoit les conséquences, notamment psychologiques, qui peuvent résulter si les manifestations du vieillissement physiologique sont confondues avec les symptômes et signes de maladies dégénératives. Par ailleurs, il n'y a pas consensus dans le corps médical quant à la conduite à tenir face à une affection asymptomatique, potentiellement invalidante ou pouvant réduire la durée de vie, découverte au grand âge, après 75 ans. C'est souvent par extrapolation des résultats obtenus chez l'adulte jeune que l'on élabore des stratégies thérapeutiques pour la personne très âgée. Nous manquons de données cliniques et épidémiologiques spécifiques à cette tranche d'âge.

Enfin, il ne faut pas oublier les mesures de prévention visant à atténuer les conséquences, dans la vie quotidienne, des déficiences, maladies et incapacités. Elles sont trop souvent ignorées par les médecins. La personne âgée devrait être envisagée en relation avec son environnement physique et social. Ainsi, il n'y a pas de personnes âgées dépendantes comme le pensent beaucoup de décideurs et certains professionnels de la santé mais des personnes en situation de dépendance. Dans cette conception, la dépendance n'est pas une caractéristique de la personne mais plutôt une conséquence d'une inadéquation de l'environnement de vie et/ou social avec les capacités de la personne. Des aides techniques plus ou moins sophistiquées, des modifications environnementales peuvent faciliter les gestes de la vie quotidienne et faire disparaître la dépendance.

...

...

DE LA PRÉVENTION DES MALADIES À LA PROMOTION DE LA SANTÉ

En fait, il y a deux façons d'envisager la santé au cours de l'avancée en âge : soit en focalisant l'attention sur les déclin et pertes fonctionnelles qui peuvent accompagner la sénescence et qu'il faut prévenir, soit en mettant l'accent sur les ressources et les potentialités, toujours présentes chez une personne, et qu'il faut promouvoir pour maintenir une autonomie et une qualité de vie satisfaisante. Bien évidemment, ces deux approches sont complémentaires. Le danger est d'en privilégier l'une aux dépens de l'autre, de privilégier la perspective individuelle au détriment de la perspective collective.

Ainsi, une activité de travail respectant le fonctionnement humain, un logement adapté à ses capacités, des revenus suffisants, l'accès à des services publics de proximité et une intégration sociale dans son milieu de vie sont aussi, sinon plus que les mesures préventives médicales et individuelles, des conditions essentielles d'un vieillissement en bonne santé. Encore faut-il définir ce que l'on entend par santé. Pour les uns, c'est de ne pas tomber malade, pour d'autres c'est de fonctionner au mieux dans son environnement sans déranger sa famille, ses voisins et la société, pour d'autres encore c'est profiter de ses capacités physiques et psychiques pour découvrir de nouveaux espaces de vie et prendre plaisir à vivre. Le champ de la santé est vaste. Il est malheureusement trop souvent réduit dans les actions préventives aux deux premières dimensions.

L'élargissement tout azimut du champ d'intervention de la médecine et sa production de plus en plus marchande risque donc d'ouvrir la voie à un consumérisme de mesures préventives. Dans cette hypothèse, la prévention ne serait qu'un moyen, paraphrasant le docteur Knock, pour faire naître les personnes âgées à l'existence gériatrique. La démarche préventive ouvre ainsi de nouvelles perspectives de développement aux professionnels de la santé, et en particulier aux médecins : le matin, activité de prévention et l'après-midi, consultation des personnes identifiées comme porteuses de risques. Cette démarche est d'autant plus facile à mettre en place que la prévention se construit sur les angoisses et les peurs qui accompagnent le déroulement de la vie. Le rêve d'un individu sain, exempt de maladies, de vieillissement et... de mort, est présent en chacun d'entre nous.

Depuis peu en France, une nouvelle approche se développe, celle de la promotion de la santé. La santé n'est plus conçue comme un « capital » à préserver, à restaurer mais aussi comme des potentialités, des ressources en perpétuelle construction. Georges Canguilhem, philosophe et médecin, a souligné dans son ouvrage « Le normal et le pathologique », il y a 60 ans, que ce qui caractérisait les êtres vivants était leur aptitude à définir et à faire varier leurs normes de fonctionnement (Canguilhem, 1966). Promouvoir la santé des personnes âgées consiste à accroître le bien-être personnel en développant les facteurs de robustesse (physiques et psychologiques) et les conditions sociales favorables à la santé. Il s'agit de donner aux personnes âgées les moyens d'exercer un meilleur contrôle de leur santé en s'appuyant sur leurs ressources. C'est tout l'enjeu de la promotion de la santé, activité particulièrement développée au Canada. En France, malheureusement, le terme est détourné de son sens premier et signifie le plus souvent accroître ses capacités physiques (faites des activités physiques à caractère sportif et mangez mieux). Dans certain milieu de la prévention, on préfère utiliser le terme promotion à la place de celui de prévention car le premier à une charge émotionnelle plus positive que le second. C'est simplement un affichage. Sur le fond, il ne s'agit pas de changer le rapport de la personne âgée à sa santé, à son corps, aux connaissances scientifiques, à la communauté dans laquelle elle vit. C'est pourtant ce que devrait modifier les activités de promotion de la santé.

Le développement tout azimut des activités de prévention médicale est d'autant plus regrettable qu'il y a peu de travaux scientifiques rigoureusement menés concernant des populations âgées et encore plus très âgées sur lesquels on puisse asseoir des stratégies préventives, notamment en France. Les mesures préventives devraient pourtant, avant d'être l'objet de campagne, être évaluées en tenant compte de leurs effets indésirables, physiques ou psychiques, et du degré de bénéfice dont peut tirer parti le sujet âgé. Une pratique médicale basée sur des faits prouvés (evidence-based medicine) est maintenant la norme dans les soins médicaux. Il faudrait qu'elle le devienne aussi dans le domaine de la prévention sous la forme d'un evidence-based prevention (Vineis, 2000). C'est un des moyens de faire barrage aux assurances, à l'industrie pharmaceutique, à l'industrie agro-alimentaire, aux médias et à certains médecins pour qui le champ de la santé et de la prévention est l'occasion de faire prévaloir leurs intérêts

en manipulant la peur de la mort, de la souffrance et du handicap que chacun d'entre nous porte.

Comme le soulignait, il y a plus de 25 ans, le philosophe et gérontologue Michel Philibert (Philibert, 1977), «*la tâche n'est pas de combattre le vieillissement, ni de le nier, ni de le fuir. Elle n'est pas davantage de le subir dans la résignation ou l'amertume, le regret ou la révolte. Elle est de le regarder en face, de discerner ce qu'il nous apporte et ce qu'il nous enlève; elle est de l'accueillir, de l'interpréter et de le conduire, de chercher à saisir et à exploiter les chances qu'il nous offre, autant qu'à parer les coups qu'il nous porte et à compenser ceux que nous ne pouvons éviter; elle est de continuer à projeter,   espérer, à entreprendre*». Vaste programme. ■

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- ATTALI J. (2008).** *Rapport de la commission pour la libération de la croissance française: 300 décisions pour changer la France. La documentation française, Paris.*
- BAJOS N. & BOZON M. (2008).** *Enquête sur la sexualité en France. Pratiques, genre et santé. Editions La Découverte, Paris.*
- BARONDESS J.A. (2008).** *Toward healthy aging: the preservation of health. J Am Geriatr Soc; 56: 145-148.*
- CAMBOIS E., CLAVEL A. & ROBINE J.M. (2006).** *L'espérance de vie sans incapacité continue d'augmenter. Solidarité et santé, n° 2, 7-22.*
- CAMBOIS E., LABORDE C. & ROBINE J.M. (2008).** *La « double peine » des ouvriers: plus d'années d'incapacité au sein d'une vie plus courte. Populations et sociétés, n° 441.*
- CANGUILHEM G. (1966).** *Le normal et le pathologique. PUF, Paris.*
- CASSOU, DERRIENNIC F., IWATSUBO Y. & AMPHOUX M. (1992).** *Physical disability after retirement and occupational risk factors during working life: a cross sectional epidemiological study in the Paris area. J Epidemiol Community Health; 46: 506-11.*
- CHAUVIN P. & LEBAS J. (2007).** *Inégalités et disparités sociales de santé en France In Traité de santé publique, Bourdillon F, Brucker G, Tabuteau D Eds. Flammarion Médecine Sciences, Paris, 331-341.*
- FORETTE B. (1990).** *La prévention a-t-elle un avenir? Gérontologie et société 1990, numéro spécial, 15-20.*
- FRANCO O.H., BONNEUX L., LAET de C., PEETERS A. & STEYERBERG E.W. (2004).** *The polymeal: a more natural, safer, and probably tastier (than the polypill) strategy to reduce cardiovascular disease by more than 75%. BMJ; 329: 1447-1450.*
- FREXINOS J. (2007).** *Vivre longtemps et rester jeune: science ou charlatanisme. Editions Privat, Toulouse.*
- INSPECTION GÉNÉRALE DES AFFAIRES SOCIALES (IGAS) (2003).** *Santé: pour une politique de prévention durable. La documentation française, Paris.*
- MANGIN D., SWEENEY K. & HEALTH I. (2007).** *Preventive health care in elderly people needs rethinking. BMJ; 335: 285-287.*
- MARMOT M. (2004).** *The status syndrome: how social standing affects health and longevity. Bloomsbury publishing Plc, London.*
- PHILIBERT M. (1997).** *Faut-il lutter contre le vieillissement. Gérontologie, n° 26, 5-6.*
- ROBERT G. (2003).** *La prévention en matière de santé. Rapport au Conseil économique et social.*
- TOUSSAINT J.F. (2006).** *Stratégies nouvelles de prévention: rapport d'étape. Ministère de la santé et de la solidarité, septembre.*
- VINEIS P. (2000).** *Evidence-based primary prevention. Scand J Work Environ Health; 26: 443-448.*
- WALD N.J. & LAW M.R. (2003).** *A strategy to reduce cardiovascular disease by more than 80%. BMJ; 326: 1419-1425.*